

Pello

Pellon Serviisi Oy

SELVITYS ERITYISRUOKAVALIOSTA

Nimi:	Syntymäaika:
Koulu:	Luokka:
Huoltaja	Puh. numero:

Pysyvät/pysyväisluontoiset erityisruokavaliot

- Diabetes Liitteenä ateriasuunnitelma
- Keliakia Kauran käyttö sallittu
- Vähälaktoosinen Korvaava ruokajuoma _____
- Laktoositon Korvaava ruokajuoma _____

Ruoka-aineallergiat

- Maitoallergia** Valitse sopiva ruokajuoma
- Soijajuoma
- Kaurajuoma
- Riisijuoma
- Joku muu, mikä _____

- Vilja-allergia** Vältettävät viljat
- ruis
- ohra
- kaura
- vehnä
- muu _____

Muut ruoka-aineallergiat

_____	<input type="checkbox"/> Ei siedä lainkaan	<input type="checkbox"/> sietää kypsennettynä
_____	<input type="checkbox"/> Ei siedä lainkaan	<input type="checkbox"/> sietää kypsennettynä
_____	<input type="checkbox"/> Ei siedä lainkaan	<input type="checkbox"/> sietää kypsennettynä
_____	<input type="checkbox"/> Ei siedä lainkaan	<input type="checkbox"/> sietää kypsennettynä
_____	<input type="checkbox"/> Ei siedä lainkaan	<input type="checkbox"/> sietää kypsennettynä
_____	<input type="checkbox"/> Ei siedä lainkaan	<input type="checkbox"/> sietää kypsennettynä

Ruoka-aineallergioiden osalta selvitys päivitetään vuosittain tai tarvittaessa useammin, jos ruokavalio on sovittu määräajaksi. Ruokavalion laajennuksen voi tehdä kirjallisella ilmoituksella. Lisätietoja lomakkeen taakse

Päiväys _____.____.20__	Terveydenhoitajan / lääkärin allekirjoitus
Päiväys _____.____.20__	Huoltajan allekirjoitus